

**PERBEDAAN DERAJAT KECEMASAN DAN DEPRESI  
MAHASISWA KEDOKTERAN PREKLINIK DAN  
KO-ASISTEN DI FK UNS SURAKARTA**

**SKRIPSI**

**Untuk Memenuhi Persyaratan  
Memperoleh Gelar Sarjana Kedokteran**



**YUKE WAHYU WIDOSARI**

**G0006170**

**FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS SEBELAS MARET  
SURAKARTA**

**2010**

## **PERNYATAAN**

Dengan ini menyatakan bahwa dalam skripsi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu Perguruan Tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Surakarta,.....

Yuke Wahyu Widosari

G0006170

## **PENGESAHAN SKRIPSI**

Skrripsi dengan judul : **Perbedaan Kecemasan dan Depresi Mahasiswa  
Kedokteran Preklinik dan Ko-Asisten di FK UNS Surakarta**  
Yuke Wahyu Widosari, NIM: G0006170, Tahun: 2010

Telah diuji dan disahkan di hadapan Dewan Penguji Skripsi  
Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret  
Pada Hari....., Tanggal .....tahun 2010

### **Pembimbing Utama**

Nama : Prof. DR. H. Aris Sudiyanto, dr., SpKJ(K)  
NIP : 19500131 197603 1 001 .....

### **Pembimbing Pendamping**

Nama : Djoko Suwito, dr., SpKJ  
NIP : 19580223 198511 1 001 .....

### **Penguji Utama**

Nama : Yusvick M. Hadin, dr., SpKJ  
NIP : 19490422 197609 1 001 .....

### **Anggota Penguji**

Nama : Enny Ratna S., drg.  
NIP : 19521103 198003 2 001 .....

Surakarta, .....

Ketua Tim Skripsi

Dekan FK UNS

**Sri Wahjono, dr., Mkes**  
**NIP 19540824 197310 1 001**

**Dr. A. A. Subijanto, dr, MS**  
**NIP 19481107 197310 1 003**

## **PERSETUJUAN**

Proposal Penelitian dengan judul : **Perbedaan Kecemasan dan Depresi  
Mahasiswa Kedokteran Preklinik dan Ko-Asisten di FK UNS Surakarta**

Yuke Wahyu Widosari, G0006170, Tahun 2010

Telah disetujui untuk dipertahankan di hadapan **Tim Ujian Skripsi**  
Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta

Pada Hari....., Tanggal ..... 2010

Pembimbing Utama

Penguji Utama

**Prof. DR. H. Aris Sudiyanto, dr.,SpKJ(K)**  
NIP 19500131 197603 1 001

**Yusvick M Hadin, dr., SpKJ**  
NIP 19490422 197609 1 001

Pembimbing Pendamping

Anggota Penguji

**Djoko Suwito, dr., SpKJ**  
NIP 19580223 198511 1 001

**Enny Ratna S., drg.**  
NIP 19521103 198003 2 001

Tim Skripsi

**Sudarman, dr., SpTHT-KL(K)**  
NIP 19450712 197610 1 001

## ABSTRAK

**Yuke Wahyu Widosari, G0006170, 2010.** Perbedaan Derajat Kecemasan dan Depresi Mahasiswa Kedokteran Preklinik dan Ko-Asisten di FK UNS Surakarta. Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta.

Kecemasan adalah suatu keadaan patologis yang ditandai oleh perasaan ketakutan disertai tanda somatik pertanda sistem saraf autonom yang hiperaktif. Sedangkan depresi adalah gangguan perasaan atau mood yang disertai komponen psikologi berupa sedih, susah, tidak ada harapan dan putus asa, dan komponen biologi atau somatik misalnya anoreksia, konstipasi, dan keringat dingin. Kecemasan dan depresi dapat terjadi pada mahasiswa preklinik dan ko-asisten.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui adakah perbedaan kecemasan dan depresi mahasiswa preklinik dan ko-asisten di Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta.

Mahasiswa preklinik adalah mahasiswa fakultas kedokteran yang sedang menempuh program S1, dimana keterbatasan masa studi dapat menjadi stressor. Sedangkan ko-asisten adalah mahasiswa fakultas kedokteran yang telah menyelesaikan program S1 yang sedang menempuh program profesi kedokteran. Tugas dan tanggungjawab yang berat dapat menjadi stressor terjadinya kecemasan dan depresi.

Pada bulan Mei 2010 dilakukan penelitian deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Data diambil dengan menyebarkan kuesioner kepada mahasiswa preklinik dan ko-asisten. Kuesioner terdiri dari tiga macam yaitu L-MMPI untuk menilai kebohongan responden, TMAS untuk menilai kecemasan, dan BDI untuk menilai depresi. Analisa data menggunakan uji T dengan tingkat kemaknaan  $\alpha=0,05$ .

Hasil penelitian menunjukkan ko-asisten lebih cemas dan lebih depresif daripada mahasiswa preklinik (TMAS  $t=-3,328$ ,  $p=0,002$  dan BDI  $t=2,410$ ,  $p=0,019$ ).

Peneliti menyimpulkan terdapat perbedaan kecemasan dan depresi yang bermakna antara mahasiswa preklinik dan ko-asisten, dimana ko-asisten lebih cemas dan depresif daripada mahasiswa preklinik.

---

**Kata Kunci:** Kecemasan, Depresi, Preklinik, Ko-asisten.

## ABSTRACT

**Yuke Wahyu Widosari, G0006170, 2010.** The Difference of Anxiety and Depression between Preclinical Medical Students and Co-Assistants in Medical Faculty of UNS. Medical Faculty of Sebelas Maret University.

Anxiety is a pathological state which is signed by fear and somatic signs of a hyperactive autonomous nerve system. Depression is a disturbance of feeling and mood which is followed by psychological components e.g. sadness, worries, hopelessness, and despair, and biological or somatic components e.g. anorexia, constipation, and cold sweat. Anxiety and depression can both happen to preclinical medical students and co-assistants.

This research aims to reveal the difference of anxiety and depression between preclinical medical students and co-assistants.

Preclinical medical students are medical students on bachelor program, in which the limited study period can cause anxiety and depression. Meanwhile, co-assistants are medical students who have finished the bachelor program and are currently on the medical profession program. Heavy tasks and responsibilities can be the cause of anxiety and depression.

This analytical descriptive research occurred in May 2010 using cross sectional approach. The datas were obtained by giving questionnaires to preclinical medical students and co-assistants. The questionnaires consisted of three instruments: L-MMPI as a lie detector, TMAS to measure anxiety, and BDI to measure depression. Data analysis using T test with  $\alpha=0,05$ .

The result of data analysis shows that co-assistants are more anxious and depressive than preclinical medical students (TMAS  $t=-3,328$ ,  $p=0,002$  and BDI  $t=2,410$ ,  $p=0,019$ ).

In conclusion, there is a difference of anxiety and depression between preclinical medical students and co-assistants. Co-assistants are more anxious and depressive than preclinical medical students.

---

**Keywords:** Anxiety, Depression, Preclinical, Co-assistant.

## **PRAKATA**

Puji dan syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Kuasa atas limpahan berkat dan kasih-Nya, sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi berjudul “Perbedaan Derajat Kecemasan dan Depresi antara Mahasiswa Kedokteran Preklinik dan Ko-Asisten di FK UNS Surakarta” yang merupakan salah satu syarat memperoleh gelar kesarjanaan di Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta

Penyusunan skripsi ini tidak lepas atas dukungan yang diberikan dari berbagai pihak. Untuk itu peneliti mengucapkan terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. H. A. A. Subijanto, dr., MS selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta.
2. Sri Wahjono, dr., M. Kes selaku Ketua Tim Skripsi beserta seluruh staf skripsi yang telah memberikan pengarahan dan bantuan.
3. Sudarman, dr., Sp.THT-KL(K) selaku saksi dari tim skripsi.
4. Prof. Dr. H. Aris Sudiyanto, dr., Sp.KJ(K) selaku Pembimbing Utama yang telah memberikan bimbingan, nasehat, pengarahan, dan motivasi.
5. Djoko Suwito, dr., Sp.KJ selaku Pembimbing Pendamping yang telah memberikan bimbingan, nasehat, pengarahan, dan motivasi.
6. Yusvick M. Hadin, dr., Sp.KJ selaku Penguji Utama yang telah menguji skripsi ini.
7. Enny Ratna S., drg selaku Anggota Penguji yang telah menguji skripsi ini.
8. Seluruh staf bagian Jiwa RSUD dr. Moewardi yang telah membantu pelaksanaan penelitian skripsi ini.
9. Papa, mama, dan kedua adik tercinta yang senantiasa memberikan doa, cinta, bimbingan, dan motivasi pada peneliti.
10. Sahabat-sahabat tercinta dan seluruh teman angkatan 2006 atas kebersamaan, semangat, dan bantuannya.

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi apakah terapat perbedaan derajat kecemasan dan depresi antara mahasiswa preklinik dan ko-asisten. Semoga skripsi ini dapat menjadi sumbangan pemikiran dan bermanfaat untuk semua pihak, baik ilmu kedokteran pada umumnya dan bagi pembaca pada khususnya.

Surakarta, 4 Juni 2010

Peneliti

## **DAFTAR ISI**

PRAKATA .....	vi
DAFTAR ISI .....	vii
DAFTAR TABEL .....	ix
DAFTAR GAMBAR .....	x
DAFTAR LAMPIRAN .....	xi
BAB I    PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang Masalah .....	1
B. Rumusan Masalah .....	3
C. Tujuan Penelitian .....	3
D. Manfaat Penelitian .....	3
BAB II    LANDASAN TEORI .....	4
A. Tinjauan Pustaka .....	4
B. Kerangka Pemikiran .....	17
C. Hipotesis .....	17
BAB III    METODOLOGI PENELITIAN .....	18
A. Jenis Penelitian .....	18
B. Lokasi Penelitian .....	18
C. Subjek Penelitian .....	18
D. Teknik dan Ukuran Sampling .....	18
E. Variabel Penelitian .....	19
F. Definisi Operasional Variabel .....	20
G. Desain Analisis Data .....	21
H. Instrumen Penelitian .....	21
I. Cara Kerja dan Teknik Pengumpulan Data .....	21
J. Skema Penelitian .....	22
BAB IV    HASIL PENELITIAN .....	23
BAB V    PEMBAHASAN .....	25
BAB VI    SIMPULAN DAN SARAN .....	31
DAFTAR PUSTAKA .....	32
LAMPIRAN	



## **DAFTAR TABEL**

<b>Tabel I</b>	Deskripsi Subjek Penelitian Berdasarkan Umur .....	23
<b>Tabel II</b>	Deskripsi Subjek Penelitian Berdasarkan Jenis Kelamin .....	23
<b>Tabel III</b>	Hasil Uji Statistik Kecemasan .....	24
<b>Tabel IV</b>	Hasil Uji Statistik Depresi .....	24

## DAFTAR GAMBAR

<b>Gambar I</b>	Kerangka Pemikiran .....	17
<b>Gambar II</b>	Skema Penelitian .....	22

## **DAFTAR LAMPIRAN**

**Lampiran 1** Formulir Biodata

**Lampiran 2** Kuesioner L-MMPI

**Lampiran 3** Kuesioner TMAS

**Lampiran 4** Kuesioner BDI

**Lampiran 5** Data Hasil Penelitian

**Lampiran 6** Hasil Uji Statistik Kecemasan Menggunakan Program SPSS  
16.0

**Lampiran 7** Hasil Uji Statistik Depresi Menggunakan Program SPSS 16.0

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Kecemasan timbul akibat adanya respon terhadap kondisi stres atau konflik. Hal ini biasa terjadi dimana seseorang mengalami perubahan situasi dalam hidupnya dan dituntut untuk mampu beradaptasi (Solomon, 1974). Kecemasan akrab sekali dengan kehidupan manusia yang melukiskan kekhawatiran, kegelisahan, ketakutan dan rasa tidak tentram yang biasanya dihubungkan dengan ancaman bahaya baik dari dalam maupun dari luar individu (Prawirohusodo, 1991). Kecemasan merupakan gejala normal pada manusia dan disebut patologis bila gejalanya menetap dalam jangka waktu tertentu dan mengganggu ketentraman individu. Kecemasan sangat mengganggu homeostasis dan fungsi individu, karena itu perlu segera dihilangkan dengan berbagai macam cara penyesuaian (Maramis, 2005). Kecemasan merupakan gangguan mental terbesar. Diperkirakan 20% dari populasi dunia menderita kecemasan (Gail, 2002) dan sebanyak 47,7% remaja sering merasa cemas (Haryadi, 2007).

Gangguan depresi merupakan kelainan psikiatrik yang paling sering dijumpai. Kira-kira 20% dari semua wanita dan 10% dari semua pria akan mengalami masa depresi berat semasa hidupnya (Rakel dan Andrianto, 1990). Bahkan Stula, pakar riset klinik untuk unit neuropsikiatri *Roche International Clinical Research Centre*, Strasbourg mengemukakan bahwa gangguan depresi merupakan gangguan yang paling banyak dari gangguan mental dan prevalensi sepanjang hidupnya sekitar 15%. Boleh dikatakan bahwa setiap orang pada masa hidupnya pernah menderita depresi sampai pada tingkat tertentu (Setyonegoro, 1991).

Mahasiswa rentan terhadap kecemasan dan depresi. Stresor psikososial adalah setiap keadaan yang menyebabkan perubahan dalam kehidupan

seseorang sehingga orang itu terpaksa beradaptasi atau menanggulangi stresor yang timbul. Perubahan lingkungan belajar juga menjadi salah satu faktor pencetus kecemasan dan depresi pada mahasiswa. Kecerdasan bukanlah satu-satunya faktor yang menentukan sukses atau tidaknya seseorang dalam belajar, tapi ketenangan jiwa juga mempunyai pengaruh atas kemampuan untuk menggunakan kecerdasan tersebut (Daradjat, 1988). Kecemasan mempengaruhi hasil belajar mahasiswa, karena kecemasan cenderung menghasilkan kebingungan dan distorsi persepsi. Distorsi tersebut dapat mengganggu belajar dengan menurunkan kemampuan memusatkan perhatian, menurunkan daya ingat, mengganggu kemampuan menghubungkan satu hal dengan yang lain (Kaplan dan Saddock, 2005). Sedangkan, depresi dapat menyebabkan manifestasi psikomotor berupa keadaan gairah, semangat, aktivitas serta produktivitas kerja yang bertendensi menurun, konsentrasi dan daya pikir melambat. Manifestasi psikomotor tersebut bisa membawa pengaruh pada prestasi belajar jika penderita adalah siswa yang sedang aktif dalam proses belajar mengajar (Setyonegoro, 1991).

Mahasiswa fakultas kedokteran harus menjalani masa studi preklinik di universitas terlebih dahulu sebelum menjadi ko-asisten (dokter muda) di rumah sakit. Studi preklinik relatif lebih stagnan dibandingkan studi di rumah sakit dimana mahasiswa langsung berhadapan dengan pasien dan mendapat kesempatan untuk mengambil tindakan medis. Ko-asisten harus mempertanggungjawabkan segala yang telah dipelajarinya semasa menjadi mahasiswa preklinik. Sementara mahasiswa preklinik tidak terbebani oleh hal-hal tersebut.

Menelaah dari hal di atas, maka dapat dimengerti bahwa Ko-asisten mempunyai derajat kecemasan dan depresi yang lebih tinggi dibandingkan dengan mahasiswa preklinik dikarenakan tuntutan yang lebih berat di lingkungan rumah sakit. Untuk itu peneliti ingin mengetahui adakah perbedaan derajat kecemasan dan depresi antara mahasiswa preklinik dan ko-asisten.

## **B. Perumusan Masalah**

Adakah perbedaan derajat kecemasan dan depresi antara mahasiswa preklinik dan ko-asisten?

### **C. Tujuan Penelitian**

Untuk mengetahui adanya kecemasan dan depresi pada mahasiswa preklinik dan ko-asisten serta untuk mengetahui perbedaan derajat kecemasan dan depresi antara mahasiswa preklinik dan ko-asisten.

### **D. Manfaat Penelitian**

#### **1. Manfaat Teoritis**

Untuk memperluas wacana ilmu pengetahuan khususnya Ilmu Kedokteran Jiwa dan untuk memberikan data ilmiah tentang perbedaan derajat kecemasan dan depresi antara 2 kelompok mahasiswa dalam lingkungan belajar yang berbeda.

#### **2. Manfaat Praktis**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi Pembimbing Akademik (PA), psikiater, psikolog, mahasiswa, dan berbagai pihak yang terkait guna membantu kelancaran proses belajar mengajar mahasiswa dalam menyelesaikan studi.

## **BAB II**

### **LANDASAN TEORI**

#### **A. Tinjauan Pustaka**

##### **1. Kecemasan**

###### **a. Definisi**

Kecemasan atau dalam Bahasa Inggrisnya *anxiety* berasal dari Bahasa Latin *angustus* yang berarti kaku, dan *ango*, *anci* yang berarti mencekik (Trismiati, 2004).

Kecemasan adalah suatu keadaan patologis yang ditandai oleh perasaan ketakutan disertai tanda somatik pertanda sistem saraf otonom yang hiperaktif (Kaplan dan Saddock, 1997).

Kecemasan dan ketakutan memiliki komponen fisiologis yang sama tetapi kecemasan tidak sama dengan ketakutan. Penyebab kecemasan berasal dari dalam dan sumbernya sebagian besar tidak diketahui sedangkan ketakutan merupakan respon emosional terhadap ancaman atau bahaya yang sumbernya biasanya dari luar yang dihadapi secara sadar. Kecemasan dianggap patologis bilamana mengganggu fungsi sehari-hari, pencapaian tujuan, dan kepuasan atau kesenangan yang wajar (Maramis, 2005).

Walaupun merupakan hal yang normal dialami namun kecemasan tidak boleh dibiarkan karena lama kelamaan dapat menjadi neurosa cemas melalui mekanisme yang diawali dengan kecemasan akut, yang berkembang menjadi kecemasan menahun akibat represi dan konflik yang tak disadari. Adanya stres pencetus dapat menyebabkan penurunan daya tahan dan mekanisme untuk mengatasinya sehingga mengakibatkan neurosa cemas (Maramis, 2005).

###### **b. Etiologi**

Ada beberapa teori mengenai penyebab kecemasan:



## 1) Teori Psikologis

Dalam teori psikologis terdapat 3 bidang utama:

### a) Teori psikoanalitik

Freud menyatakan bahwa kecemasan adalah suatu sinyal kepada ego yang memberitahukan adanya suatu dorongan yang tidak dapat diterima dan menyadarkan ego untuk mengambil tindakan defensif terhadap tekanan dari dalam tersebut. Idealnya, penggunaan represi sudah cukup untuk memulihkan keseimbangan psikologis tanpa menyebabkan gejala, karena represi yang efektif dapat menahan dorongan di bawah sadar. Namun jika represi tidak berhasil sebagai pertahanan, mekanisme pertahanan lain (seperti konversi, pengalihan, dan regresi) mungkin menyebabkan pembentukan gejala dan menghasilkan gambaran gangguan neurotik yang klasik (seperti histeria, fobia, neurosis obsesif-kompulsif).

### b) Teori perilaku

Teori perilaku menyatakan bahwa kecemasan disebabkan oleh stimuli lingkungan spesifik. Pola berpikir yang salah, terdistorsi, atau tidak produktif dapat mendahului atau menyertai perilaku maladaptif dan gangguan emosional. Penderita gangguan cemas cenderung menilai lebih terhadap derajat bahaya dalam situasi tertentu dan menilai rendah kemampuan dirinya untuk mengatasi ancaman.

### c) Teori eksistensial

Teori ini memberikan model gangguan kecemasan umum dimana tidak terdapat stimulus yang dapat diidentifikasi secara spesifik untuk suatu perasaan kecemasan yang kronis.

## 2) Teori Biologis

Peristiwa biologis dapat mendahului konflik psikologis namun dapat juga sebagai akibat dari suatu konflik psikologis.

### a) Sistem saraf otonom

Stresor dapat menyebabkan pelepasan epinefrin dari adrenal melalui mekanisme berikut ini:

Ancaman dipersepsi oleh panca indera, diteruskan ke korteks serebri, kemudian ke sistem limbik dan RAS (*Reticular Activating System*), lalu ke hipotalamus dan hipofisis. Kemudian kelenjar adrenal mensekresikan katekolamin dan terjadilah stimulasi saraf otonom (Mudjaddid, 2006).

Hiperaktivitas sistem saraf otonom akan mempengaruhi berbagai sistem organ dan menyebabkan gejala tertentu, misalnya: kardiovaskuler (contohnya: takikardi), muskuler (contohnya: nyeri kepala), gastrointestinal (contohnya: diare), dan pernafasan (contohnya: nafas cepat).

#### b) Neurotransmitter

Tiga neurotransmitter utama yang berhubungan dengan kecemasan adalah norepinefrin, serotonin, dan *gamma-aminobutyric acid* (GABA).

##### **Norepinefrin**

Pasien yang menderita gangguan kecemasan mungkin memiliki sistem noradrenergik yang teregulasi secara buruk. Badan sel sistem noradrenergik terutama berlokasi di lokus sereleus di pons rostral dan aksonnya keluar ke korteks serebral, sistem limbik, batang otak, dan medula spinalis. Percobaan pada primata menunjukkan bahwa stimulasi lokus sereleus menghasilkan suatu respon ketakutan dan ablasi lokus sereleus menghambat kemampuan binatang untuk membentuk respon ketakutan. Pada pasien dengan gangguan kecemasan, khususnya gangguan panik, memiliki kadar metabolit noradrenergik yaitu *3-methoxy-4-hydroxyphenylglycol* (MHPG) yang meningkat dalam cairan serebrospinalis dan urin.

##### **Serotonin**

Badan sel pada sebagian besar neuron serotonergik berlokasi di nukleus raphe di batang otak rostral dan berjalan ke korteks serebral,

sistem limbik, dan hipotalamus. Pemberian obat serotonergik pada binatang menyebabkan perilaku yang mengarah pada kecemasan. Beberapa laporan menyatakan obat-obatan yang menyebabkan pelepasan serotonin, menyebabkan peningkatan kecemasan pada pasien dengan gangguan kecemasan.

### ***Gamma-aminobutyric acid (GABA)***

Peranan GABA dalam gangguan kecemasan telah dibuktikan oleh manfaat *benzodiazepine* sebagai salah satu obat beberapa jenis gangguan kecemasan. *Benzodiazepine* yang bekerja meningkatkan aktivitas GABA pada reseptor GABA<sub>A</sub> terbukti dapat mengatasi gejala gangguan kecemasan umum bahkan gangguan panik. Beberapa pasien dengan gangguan kecemasan diduga memiliki fungsi reseptor GABA yang abnormal (Kaplan dan Saddock, 2005).

Faktor budaya juga merupakan salah satu penyebab kecemasan yang penting. Pekerjaan, pendidikan, institusi agama, dan sosial budaya semuanya dapat menjadi konflik yang menyebabkan kecemasan (Solomon, 1974).

### **c. Gejala Klinis**

Keluhan dan gejala umum yang berkaitan dengan kecemasan dapat dibagi menjadi gejala somatik dan psikologis.

- 1) Gejala somatik
  - a) Keringat berlebih.
  - b) Ketegangan pada otot skelet: sakit kepala, kontraksi pada bagian belakang leher atau dada, suara bergetar, nyeri punggung.
  - c) Sindrom hiperventilasi: sesak nafas, pusing, parestesi.
  - d) Gangguan fungsi gastrointestinal: nyeri abdomen, tidak nafsu makan, mual, diare, konstipasi.
  - e) Iritabilitas kardiovaskuler: hipertensi, takikardi.
  - f) Disfungsi genitourinaria: sering buang air kecil, sakit saat berkemih, impoten, sakit pelvis pada wanita, kehilangan nafsu seksual.

## 2) Gejala psikologis

- a) Gangguan mood: sensitif sekali, cepat marah, mudah sedih.
- b) Kesulitan tidur: insomnia, mimpi buruk, mimpi yang berulang-ulang.
- c) Kelelahan, mudah capek.
- d) Kehilangan motivasi dan minat.
- e) Perasaan-perasaan yang tidak nyata.
- f) Sangat sensitif terhadap suara: merasa tak tahan terhadap suara-suara yang sebelumnya biasa saja.
- g) Berpikiran kosong, tidak mampu berkonsentrasi, mudah lupa.
- h) Kikuk, canggung, koordinasi buruk.
- i) Tidak bisa membuat keputusan: tidak bisa menentukan pilihan bahkan untuk hal-hal kecil.
- j) Gelisah, resah, tidak bisa diam.
- k) Kehilangan kepercayaan diri.
- l) Kecenderungan untuk melakukan segala sesuatu berulang-ulang.
- m) Keraguan dan ketakutan yang mengganggu.
- n) Terus menerus memeriksa segala sesuatu yang telah dilakukan.

(Conley, 2006).

## 2. Depresi

### a. Definisi

Depresi adalah gangguan perasaan atau mood yang disertai komponen psikologi berupa sedih, susah, tidak ada harapan dan putus asa disertai komponen biologis atau somatik misalnya anoreksia, konstipasi dan keringat dingin. Depresi dikatakan normal apabila terjadi dalam situasi tertentu, bersifat ringan dan dalam waktu yang singkat. Bila depresi tersebut terjadi di luar kewajaran dan berlanjut maka depresi tersebut dianggap abnormal (Atkinson et al, 1993).

Maramis (2005) memasukkan depresi sebagai gangguan afek dan emosi. Afek ialah "nada" perasaan, menyenangkan atau tidak (seperti kebanggaan, kekecewaan, kasih sayang), yang menyertai suatu pikiran dan biasanya berlangsung lama serta kurang disertai oleh komponen fisiologis. Sedangkan emosi merupakan manifestasi afek keluar dan disertai oleh banyak komponen fisiologis, biasanya berlangsung relatif tidak lama (misalnya ketakutan, kecemasan, depresi dan kegembiraan). Afek dan emosi dengan aspek-aspek yang lain seorang manusia (umpama proses berpikir, psikomotor, persepsi, ingatan) saling mempengaruhi dan menentukan tingkat fungsi dari manusia itu pada suatu waktu.

## **b. Etiologi**

Kaplan & Saddock pada tahun 1997 menyatakan bahwa sebab depresi dapat ditinjau dari beberapa aspek, antara lain: aspek biologi, aspek genetik, aspek psikologi dan aspek lingkungan sosial.

### **1) Aspek biologi**

Penyebabnya adalah gangguan neurotransmitter di otak dan gangguan hormonal. Neurotransmitter antara lain dopamin, histamin, dan noradrenalin.

#### **a) Dopamin dan norepinefrin**

Keduanya berasal dari asam amino tirosin yang terdapat pada sirkulasi darah. Pada neuron dopaminergik, tirosin diubah menjadi dopamin melalui 2 tahap: perubahan tirosin menjadi DOPA oleh tirosin hidroksilase (Tyr-OH). DOPA tersebut akan diubah lagi menjadi dopamin (DA) oleh enzim dopamin beta hidroksilase (DBH-OH). Pada jaringan interseluler, DA yang bebas yang tidak disimpan pada vesikel akan dioksidasi oleh enzim MAO menjadi DOPAC. Sedangkan pada jaringan ekstraseluler (pada celah sinap) DA akan menjadi HVA dengan enzim MAO dan COMT.

#### **b) Serotonin**

Serotonin yang terdapat pada susunan saraf pusat berasal dari asam amino triptofan, proses sintesis serotonin sama dengan katekolamin, yaitu masuknya triptofan ke neuron dari sirkulasi darah, dengan bantuan enzim triptofan hidroksilase akan membentuk 5-hidroksitriptofan dan dengan dekarboksilase akan membentuk 5-hidroksitriptamin (5-HT).

## 2) Aspek genetik

Pola genetik penting dalam perkembangan gangguan mood, akan tetapi pola pewarisan genetik melalui mekanisme yang sangat kompleks, didukung dengan penelitian-penelitian sebagai berikut:

### a) Penelitian keluarga

Dari penelitian keluarga secara berulang ditemukan bahwa sanak keluarga turunan pertama dari penderita gangguan bipolar I berkemungkinan 8-18 kali lebih besar dari sanak keluarga turunan pertama subjek kontrol untuk menderita gangguan bipolar I dan 2-10 kali lebih mungkin untuk menderita gangguan depresi berat. Sanak keluarga turunan pertama dari seorang penderita berat berkemungkinan 1,5-2,5 kali lebih besar daripada sanak keluarga turunan pertama subjek kontrol untuk menderita gangguan bipolar I dan 2-3 kali lebih mungkin menderita depresi berat.

### b) Penelitian adopsi

Penelitian ini telah mengungkapkan adanya hubungan faktor genetik dengan gangguan depresi. Dari penelitian ini ditemukan bahwa anak biologis dari orang tua yang menderita depresi tetap beresiko menderita gangguan mood,

bahkan jika mereka dibesarkan oleh keluarga angkat yang tidak menderita gangguan.

c) Penelitian kembar

Penelitian terhadap anak kembar menunjukkan bahwa angka kesesuaian untuk gangguan bipolar I pada anak kembar monozigotik 33-90 persen; untuk gangguan depresi berat angka kesesuaiannya 50 persen. Sebaliknya, angka kesesuaian pada kembar dizigotik adalah kira-kira 5-25 persen untuk gangguan bipolar I dan 10-25 persen untuk gangguan depresi berat.

3) Aspek psikologi

Sampai saat ini tak ada sifat atau kepribadian tunggal yang secara unik mempredisposisikan seseorang kepada depresi. Semua manusia dapat dan memang menjadi depresi dalam keadaan tertentu. Tetapi tipe kepribadian dependen-oral, obsesif-kompulsif, histerikal, mungkin berada dalam resiko yang lebih besar untuk mengalami depresi daripada tipe kepribadian antisosial, paranoid, dan lainnya dengan menggunakan proyeksi dan mekanisme pertahanan mengeksternalisasikan yang lainnya. Tidak ada bukti hubungan gangguan kepribadian tertentu dengan gangguan bipolar I pada kemudian hari. Tetapi gangguan distimik dan gangguan siklotimik berhubungan dengan perkembangan gangguan bipolar I di kemudian harinya.

4) Aspek lingkungan sosial

Berdasarkan penelitian, depresi dapat membaik jika klinisi mengisi pada pasien yang terkena depresi suatu rasa pengendalian dan penguasaan lingkungan.

**c. Gejala Klinis**

Menurut Setyonegoro (1991), gejala klinis depresi terdiri dari:

1) Simptom psikologi:

- a) Berpikir: kehilangan konsentrasi, lambat dan kacau dalam berpikir, pengendalian diri, ragu-ragu, harga diri rendah.
- b) Motivasi: kurang minat bekerja dan lalai, menghindari kegiatan kerja dan sosial, ingin melarikan diri.
- c) Perilaku: lambat, mondar-mandir, menangis, mengeluh.

2) Simptom biologi:

- a) Hilang nafsu makan atau bertambah nafsu makan.
- b) Hilang libido.
- c) Tidur terganggu.
- d) Lambat atau gelisah.

### **3. Tinjauan tentang Proses Belajar**

Mahasiswa kedokteran dibagi menjadi dua kelompok, yaitu mahasiswa yang menempuh program sarjana dan mahasiswa yang menempuh profesi kedokteran. Untuk menempuh jenjang profesi, mahasiswa harus menyelesaikan program sarjana terlebih dahulu. Dengan demikian, mahasiswa dituntut belajar. Beberapa definisi belajar adalah sebagai berikut:

#### **a. Definisi Belajar**

1) Hilgard dan Bower, dalam *Theories of Learning* (1997) mengemukakan “belajar berhubungan dengan perubahan tingkah laku seseorang terhadap suatu situasi tertentu yang disebabkan oleh pengalamannya yang berulang-ulang dalam situasi itu.” Dimana perubahan tingkah laku itu tidak dapat dijelaskan atas dasar kecenderungan respon bawaan, kematangan, atau keadaan-keadaan sesaat seseorang.

2) Morgan, dalam *Introduction to Psychology* (1978) mengemukakan bahwa belajar adalah setiap perubahan yang relatif menetap dalam tingkah laku yang terjadi sebagai suatu hasil dari latihan atau pengalaman (M. Ngalim Purwato, 1990).

#### **b. Fase-Fase Belajar**



1) Menurut Wiltig (1981) dalam *Psychology of Learning*, proses belajar berlangsung dalam tiga tahapan:

- a) Acquisition (perolehan atau penerimaan informasi)
- b) Storage (penyimpanan informasi)
- c) Retrieval (mendapatkan kembali informasi)

2) Menurut Jerome S. Brunner, juga terdapat 3 fase yaitu:

- a) Fase informasi (penerimaan materi)
- b) Fase transformasi (pengubahan materi)
- c) Fase evaluasi (penilaian materi)

### **c. Faktor yang Mempengaruhi Belajar**

Menurut Muhibbin Syah (1995), faktor yang mempengaruhi belajar dibedakan menjadi 3 macam:

1) Faktor internal

a) Aspek fisiologis

Kondisi umum jasmani dan tubuh (tegangan otot) yang menandai tingkat hubungan organ-organ tubuh dan sendi-sendinya dapat mempengaruhi semangat dan intensitas belajar.

b) Aspek psikologis

Banyak faktor psikologis yang mempengaruhi kualitas dan kuantitas belajar. Namun faktor-faktor yang esensial adalah tingkat kecerdasan, sikap, bakat, minat, dan motivasi.

2) Faktor eksternal

a) Lingkungan sosial

Lingkungan sosial mahasiswa contohnya dosen, staf administrasi, teman-teman kuliah, masyarakat, tetangga, serta teman-teman di kost. Lingkungan sosial yang lebih banyak mempengaruhi kegiatan belajar adalah orang tua dari mahasiswa.

b) Lingkungan non-sosial

Contoh lingkungan non-sosial adalah gedung tempat belajar dan letaknya, rumah tinggal dan letaknya, alat-alat

belajar, serta keadaan cuaca dan waktu belajar yang digunakan.

#### **d. Faktor Pendekatan Belajar**

Faktor pendekatan belajar adalah segala cara atau strategi yang digunakan dalam menunjang efektivitas dan efisiensi proses pembelajaran materi tertentu. Strategi dalam hal ini seperangkat langkah operasional yang direkayasa sedemikian rupa untuk memecahkan masalah atau mencapai tujuan belajar tertentu (Lawson, 1991).

#### **4. Tes TMAS**

Dalam penelitian ini digunakan instrumen pengukur kecemasan *Taylor Minnesota Anxiety Scale* (TMAS) dari Janet Taylor. Tingkat kecemasan akan diketahui dari tinggi rendahnya skor yang didapatkan. Makin besar skor maka tingkat kecemasan makin tinggi, dan makin kecil skor maka tingkat kecemasan makin rendah.

Kuesioner TMAS berisi 50 butir pertanyaan, dengan 2 pilihan "ya" dan "tidak". Responden menjawab sesuai dengan keadaan dirinya dengan memberi tanda (X) pada kolom jawaban ya atau tidak. Jawaban ya pada pilihan yang *favorable* dan jawaban tidak pada pilihan yang *unfavorable* diberi skor 1. Kemudian seluruh skor dijumlahkan dan dicari rata-ratanya. Responden dinyatakan cemas jika nilai total  $\geq$  rata-rata dan tidak cemas jika nilai total  $<$  rata-rata.

TMAS mempunyai derajat validitas yang cukup tinggi, akan tetapi dipengaruhi juga oleh kejujuran dan ketelitian responden dalam mengisinya (Azwar, 2007). Karena itu peneliti menggunakan tes L-MMPI untuk menghindari terjadinya perhitungan hasil yang mungkin *invalid* karena kesalahan atau ketidakjujuran responden.

#### **5. Tes L-MMPI (*Lie Minnesota Multiphasic Personality Inventory*)**

Merupakan tes kepribadian yang terbanyak penggunaannya di dunia sejak tahun 1942. Dikembangkan oleh Hathaway (psikolog) dan Mc Kinley

(psikiater) dari Universitas Minnesota, Minneapolis, USA sejak tahun 1930-an (Butcher, 2005).

Dalam penelitian ini hanya dipergunakan skala L dalam keseluruhan tes MMPI. Skala L dipergunakan untuk mendeteksi ketidakjujuran subjek termasuk kesengajaan subyek dalam menjawab pertanyaan supaya dirinya terlihat baik (Graham, 2005).

Tes ini berfungsi sebagai skala validitas untuk mengidentifikasi hasil yang mungkin *invalid* karena kesalahan atau ketidakjujuran subjek penelitian. Tes terdiri dari 15 soal dengan jawaban "ya" atau "tidak" atau "tidak menjawab" dengan nilai batas skala adalah 10, artinya apabila responden mempunyai nilai  $\geq 10$  maka jawaban responden tersebut dinyatakan *invalid*.

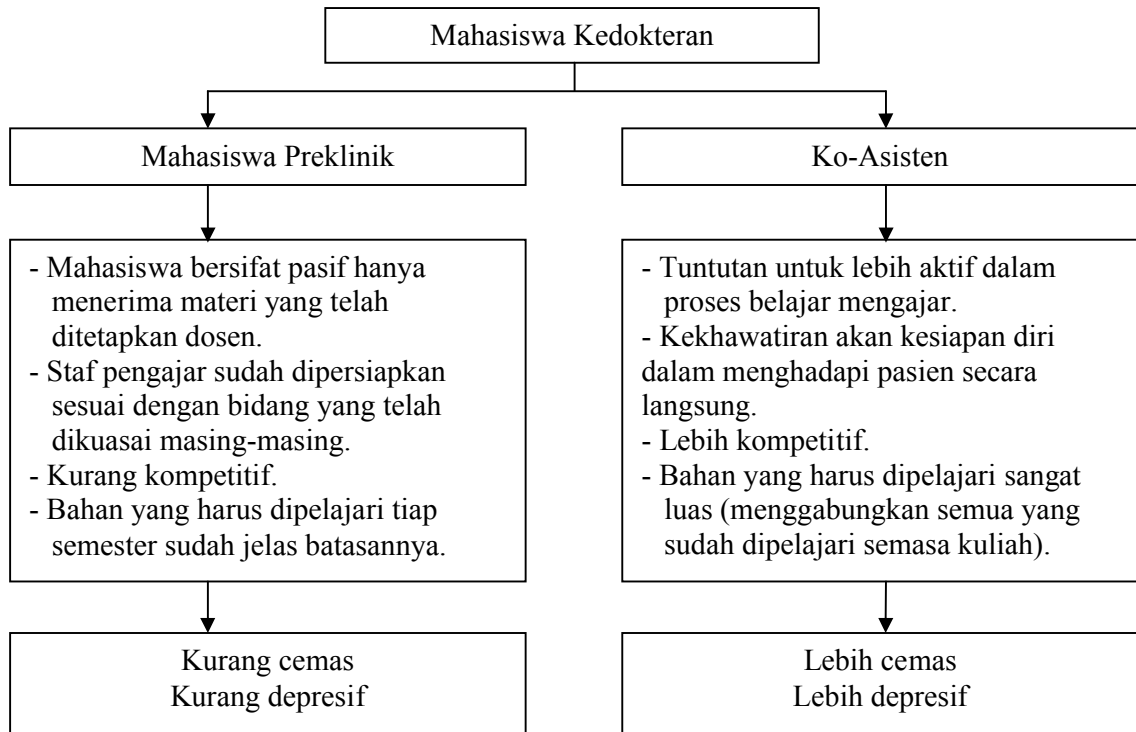
## **6. BDI (*Beck Depression Inventory*)**

*Beck Depression Inventory* merupakan instrumen untuk mengukur derajat depresi dari Dr. Aaron T. Beck. Mengandung skala depresi yang terdiri dari 21 *item* yang menggambarkan 21 kategori, yaitu: (1) perasaan sedih, (2) perasaan pesimis, (3) perasaan gagal, (4) perasaan tak puas, (5) perasaan bersalah, (6) perasaan dihukum, (7) membenci diri sendiri, (8) menyalahkan diri, (9) keinginan bunuh diri, (10) mudah menangis, (11) mudah tersinggung, (12) menarik diri dari hubungan sosial, (13) tak mampu mengambil keputusan, (14) penyimpangan citra tubuh, (15) kemunduran pekerjaan, (16) gangguan tidur, (17) kelelahan, (18) kehilangan nafsu makan, (19) penurunan berat badan, (20) preokupasi somatik, (21) kehilangan libido (Bumberry, 1978).

Klasifikasi nilainya menurut Bumberry (1978) adalah sebagai berikut:

- a. Nilai 0-9 menunjukkan tidak ada gejala depresi.
- b. Nilai 10-15 menunjukkan adanya depresi ringan.
- c. Nilai 16-23 menunjukkan adanya depresi sedang.
- d. Nilai 24-63 menunjukkan adanya depresi berat.

## B. Kerangka Pemikiran



**Gambar 1. Kerangka Pemikiran**

## C. Hipotesis

Terdapat perbedaan derajat kecemasan dan depresi yang bermakna antara mahasiswa kedokteran preklinik dan ko-asisten.

### **BAB III**

#### **METODE PENELITIAN**

##### **A. Jenis Penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif analitik dengan pendekatan secara *cross sectional*. Dalam penelitian *cross sectional* digunakan pendekatan transversal, dimana observasi terhadap variabel bebas (faktor resiko) dan variabel terikat (efek) dilakukan hanya sekali pada saat yang sama.

##### **B. Lokasi Penelitian**

Penelitian dilakukan di Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret dan RSUD dr. Moewardi Surakarta.

##### **C. Subjek Penelitian**

Mahasiswa preklinik angkatan 2006 dan 2007 (masing-masing angkatan 15 orang) dan ko-asisten angkatan 2004 dan 2005 (masing-masing angkatan 15 orang). Dengan demikian jumlah mahasiswa preklinik diambil sebanyak 30 orang secara acak dan ko-asisten juga diambil sebanyak 30 orang secara acak.

##### **D. Teknik Sampling dan Ukuran Sampel**

Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *purposive random sampling*. *Purposive* karena sampel dipilih berdasarkan pertimbangan tertentu (Sugiyono, 2005). Dalam penelitian ini yang dipilih sebagai subjek penelitian hanya mahasiswa preklinik angkatan 2006 dan 2007 dan ko-asisten angkatan 2004 dan 2005 saja.

Mahasiswa angkatan 2006 dan 2007 dipilih untuk mewakili mahasiswa preklinik karena:

1. Sudah menjalani pendidikan preklinik selama lebih dari tiga semester (bukan merupakan mahasiswa baru).
2. Tekanan dari luar dianggap lebih rendah dibanding mahasiswa baru.

Ko-asisten angkatan 2004 dan 2005 dipilih untuk mewakili ko-asisten karena masih menjalani kepaniteraan di rumah sakit, sedangkan angkatan 2002 dan 2003 tidak dipilih karena pada saat penelitian dilakukan sudah menyelesaikan masa kepaniteraan klinik.

Setelah dilakukan pencuplikan secara *purposive sampling* dilanjutkan pencuplikan dengan metode *random sampling*. Pencuplikan random sederhana dilakukan terhadap mahasiswa preklinik dan ko-asisten dimana masing-masing diambil 30 sampel secara acak sehingga masing-masing subjek atau unit populasi memiliki peluang yang sama dan independen untuk terpilih ke dalam sampel (Murti, 2006).

#### **E. Variabel Penelitian**

1. Variabel bebas: mahasiswa preklinik angkatan 2006 dan 2007 dan ko-asisten angkatan 2004 dan 2005.
2. Variabel terikat: kecemasan dan depresi mahasiswa preklinik angkatan 2006 dan 2007 dan ko-asisten angkatan 2004 dan 2005.
3. Variabel luar :

Keadaan lain yang menyebabkan kecemasan adalah :

- a. Kematian salah satu / semua anggota keluarga.
- b. Perpisahan / perceraian orangtua.
- c. Menderita sakit kronis.
- d. Masalah ekonomi dan kehidupan sosial yang menurun.

Hal ini dapat diketahui dengan kuesioner stres psikososial modifikasi *Harold and Ray*.

#### **F. Definisi Operasional Variabel**

1. Variabel bebas
  - a. Mahasiswa preklinik adalah mahasiswa Fakultas Kedokteran UNS angkatan 2006 dan 2007.
  - b. Ko-asisten adalah mahasiswa Fakultas Kedokteran UNS angkatan 2004 dan 2005 yang telah lulus dari pendidikan preklinik dan sedang menjalani kepaniteraan klinik di RSUD dr. Moewardi Surakarta.

## 2. Variabel terikat

- a. Kecemasan: suatu keadaan patologis yang ditandai oleh perasaan ketakutan disertai tanda somatik pertanda sistem saraf otonom yang hiperaktif (Kaplan dan Saddock, 1997). Kecemasan sebagai keadaan pada subjek penelitian diukur dengan kuesioner TMAS, sebagai *cut off point* yaitu bila jumlah jawaban ya pada pilihan yang *favorable* dan jumlah jawaban tidak pada pilihan yang *unfavorable*  $\geq 21$ .
- b. Depresi: Depresi adalah gangguan perasaan atau mood yang disertai komponen psikologi berupa sedih, susah, tidak ada harapan dan putus asa disertai komponen biologi atau somatik misalnya anoreksia, konstipasi dan keringat dingin (Atkinson et all, 1993). Depresi diukur dengan BDI (*Beck's Depression Inventory*). Standar *cut off point*-nya menurut Bumbery (1978) adalah sebagai berikut:
  - 1) Nilai 0-9 menunjukkan tidak ada gejala depresi.
  - 2) Nilai 10-15 menunjukkan adanya depresi ringan.
  - 3) Nilai 16-23 menunjukkan adanya depresi sedang.
  - 4) Nilai 24-63 menunjukkan adanya depresi berat.Namun pada penelitian ini yang dinilai adalah skornya, bukan klasifikasi depresi itu sendiri.

## G. Desain Analisis Data

Data yang diperoleh dari penelitian akan diuji dengan uji t. Uji t adalah teknik statistik yang digunakan untuk menguji hipotesis bila dalam populasi terdiri atas dua atau lebih kelas, data berbentuk interval atau rasio dan sampelnya kecil. Penggunaan uji t termasuk dalam uji parametrik sehingga menganut asumsi-asumsi data berdistribusi normal, sebaran data homogen dan sampel diambil secara acak (Riwidikdo, 2008).

## H. Instrumen Penelitian

Alat dan bahan penelitian :

1. Formulir biodata
2. Kuesioner L-MMPI
3. Kuesioner TMAS
4. Kuesioner BDI

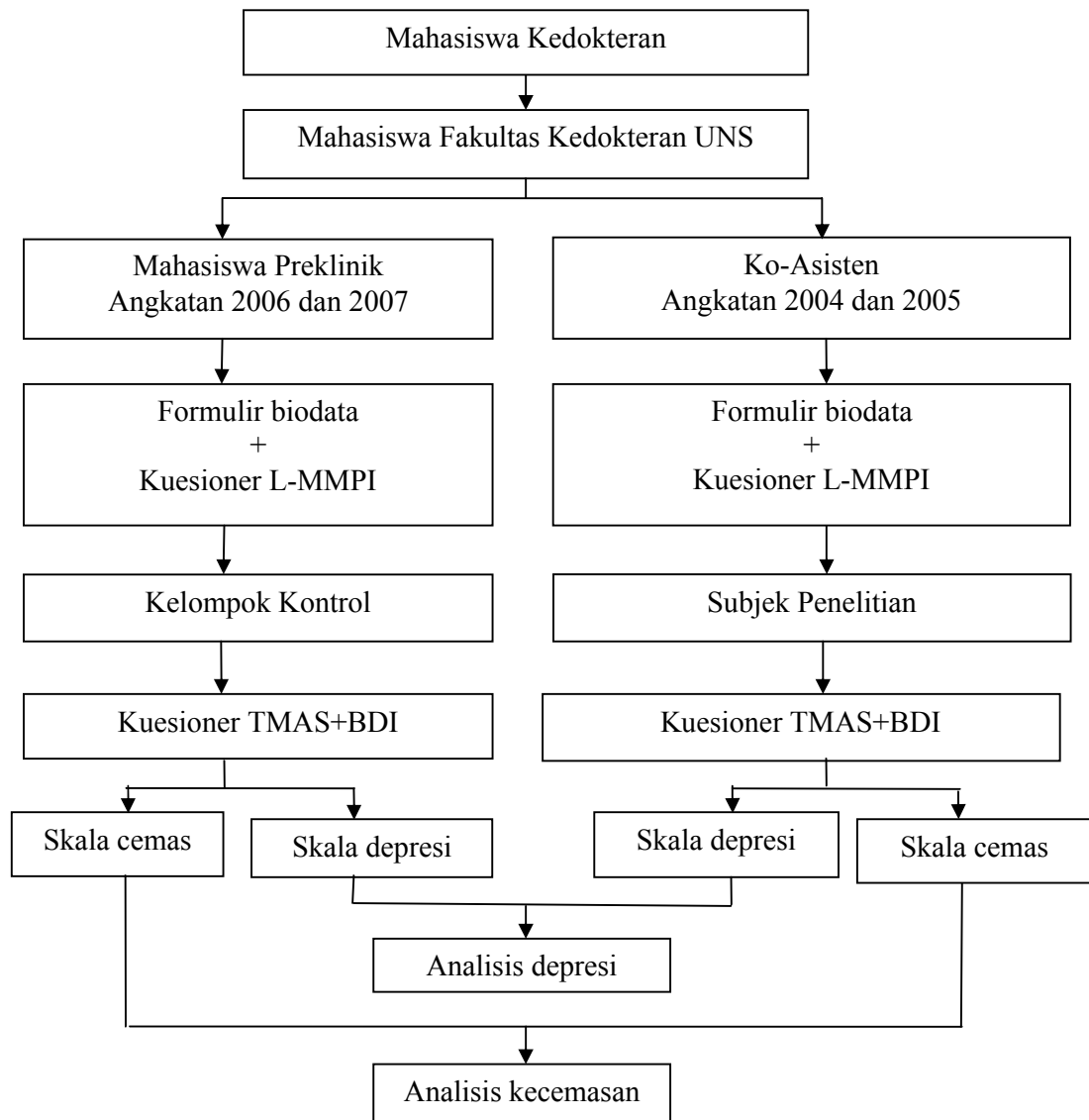
#### **I. Cara Kerja dan Teknik Pengumpulan Data**

1. Dilakukan random sampling untuk memperoleh sampel tiap kelompok sebanyak 30 orang.
2. Responden mengisi biodata.
3. Responden mengisi kuesioner L-MMPI untuk mengetahui angka ketidakjujuran subjek. Bila didapatkan angka  $\geq 10$  maka responden invalid dan dikeluarkan dari sampel penelitian.
4. Responden mengisi kuesioner TMAS untuk mengetahui angka kecemasan. Responden dinyatakan cemas bila jumlah jawaban ya pada pilihan yang *favorable* dan jumlah jawaban tidak pada pilihan yang *unfavorable*  $\geq 21$ .
5. Responden mengisi kuesioner BDI untuk mengetahui angka depresi. Klasifikasi nilainya menurut Bumbery (1978) adalah sebagai berikut:
  - a. Nilai 0-9 menunjukkan tidak ada gejala depresi.
  - b. Nilai 10-15 menunjukkan adanya depresi ringan.
  - c. Nilai 16-23 menunjukkan adanya depresi sedang.
  - d. Nilai 24-63 menunjukkan adanya depresi berat.

Namun pada penelitian ini yang dinilai adalah skor, bukan klasifikasinya.

#### **J. Skema Penelitian**





**Gambar 2.** Skema Penelitian

## BAB IV

### HASIL PENELITIAN

Penelitian dilakukan dengan memberikan kuesioner kepada mahasiswa preklinik yang menjalani kuliah di Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret (angkatan 2006 dan 2007) dan ko-asisten (angkatan 2004 dan 2005) yang menjalani kepaniteraan klinik di RSUD dr. Moewardi, Surakarta. Kemudian dipilih 60 sampel yang memenuhi syarat, 30 orang dari mahasiswa preklinik dan 30 orang dari ko-asisten.

**Tabel 1.** Deskripsi Subjek Penelitian Berdasarkan Umur.

Variabel	n (tahun)	Mean
Umur :		
Preklinik	653	21,7
Ko-asisten	679	22,6

**Tabel 2.** Deskripsi Subjek Penelitian Berdasarkan Jenis Kelamin.

Variabel	n (orang)			Persen (%)		
	preklinik	ko-asisten	total	preklinik	ko-asisten	total
Jenis Kelamin:						
Laki-laki	11	12	23	18,33	20,00	38,33
Perempuan	19	18	37	31,67	30,00	61,67
Jumlah	30	30	60	50	50	100

Dari 60 sampel tersebut diperoleh data sebagai berikut:

**Tabel 3.** Hasil Uji Statistik Kecemasan.

No.	Mahasiswa Kedokteran	Mean SD	t	p
1.	Preklinik (2006 & 2007)	18.8333	-3,238	0,002
2.	Ko- asisten (2004 & 2005)	22.8667		

**Tabel 4.** Hasil Uji Statistik Depresi.

No.	Mahasiswa Kedokteran	Mean SD	t	p
1.	Preklinik (2006 & 2007)	7.5333	-2.410	0,019
2.	Ko- asisten (2004 & 2005)	10.1333		

Uji statistik dilakukan untuk melihat signifikansi data secara statistik. Data diolah dengan uji t, untuk membandingkan tingkat kecemasan dan depresi dua kelompok mahasiswa.

Dari data penelitian, didapatkan rata-rata skor TMAS angkatan 2006 dan 2007 yang merupakan kelompok mahasiswa preklinik adalah 18,83 dan angkatan 2004 dan 2005 yang merupakan kelompok ko-asisten adalah 22,87. Sedangkan rata-rata skor BDI kelompok mahasiswa preklinik adalah 7,53 dan ko-asisten 10,13.

Data kemudian dianalisis dengan uji statistik uji t dengan menggunakan program SPSS 16.0 untuk mengetahui ada tidaknya perbedaan derajat kecemasan dan depresi. Dari uji statistik didapatkan nilai kemaknaan (p) untuk kecemasan sebesar 0,002 dan untuk depresi sebesar 0,019. Hal ini berarti terdapat perbedaan derajat kecemasan dan depresi yang bermakna antara mahasiswa preklinik dan ko-asisten.

## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

Penelitian dilakukan pada bulan Mei 2010 dengan memberikan kuesioner kepada 60 sampel. Dari kuesioner yang telah dibagikan dihitung nilai rata-rata skor TMAS dan BDI tiap kelompok. Kemudian dilakukan uji statistik uji t dengan menggunakan program SPSS 16.0.

Dari penelitian diperoleh hasil yang sesuai dengan hipotesis yang menyatakan bahwa ada perbedaan derajat kecemasan dan depresi yang bermakna antara mahasiswa preklinik dan ko-asisten. Dimana ko-asisten memiliki rata-rata skor TMAS dan BDI yang lebih tinggi, dengan kata lain lebih cemas dan lebih depresif daripada mahasiswa preklinik.

Hal ini dapat disebabkan oleh beberapa faktor, antara lain:

1. Tuntutan untuk lebih aktif dalam proses belajar mengajar.

Masing-masing kelompok mahasiswa memiliki tanggung jawab dan tugas masing-masing, dimana mahasiswa preklinik selain menjalani masa perkuliahan juga menghadapi ujian, melengkapi syarat kelulusan seperti karya tulis ilmiah dan panum. Namun, ko-asisten selain menghadapi ujian dan melengkapi syarat kelulusan untuk tiap stase juga harus menghadapi pasien secara langsung dan memiliki tanggung jawab terhadap keselamatan pasien. Dengan demikian, ko-asisten dituntut untuk lebih aktif baik dalam belajar maupun dalam mengambil tindakan.

2. Lebih kompetitif.

Suasana belajar ko-asisten di rumah sakit yang berhadapan langsung dengan pasien lebih kompetitif dibanding suasana belajar mahasiswa preklinik di universitas. Karena berhadapan langsung dengan staf pengajar di rumah sakit dan rekan-rekannya, ko-asisten yang satu pasti tidak ingin ketinggalan dari ko-asisten yang lainnya dalam keterampilan menangani pasien.

3. Jadwal yang padat.

Ko-asisten menghabiskan waktu di rumah sakit lebih banyak daripada mahasiswa preklinik menghabiskan waktu di ruang kuliah dimana setiap ko-asisten memiliki jadwal jaga masing-masing dan berbagai aktivitas yang menguras tenaga, dengan waktu istirahat yang relatif lebih sedikit sehingga ko-asisten praktis lebih lelah daripada mahasiswa preklinik.

4. Bahan yang dipelajari sangat luas dan lebih aplikatif.

Ko-asisten dituntut untuk terampil dalam mengaplikasikan seluruh bahan yang telah dipelajari saat kuliah preklinik. Keadaan ini dapat menciptakan stresor yang dapat memacu timbulnya kecemasan dan atau depresi.

Penelitian terdahulu yang serupa pernah dilakukan pada tahun 1999 oleh Suryo Wibowo yang meneliti tentang perbedaan kecemasan mahasiswa preklinik dan ko-asisten. Dari penelitian tersebut didapatkan hasil yang berbeda dengan penelitian ini, dimana hasil penelitian tersebut menyimpulkan bahwa tidak ada perbedaan bermakna antara mahasiswa preklinik dan ko-asisten. Perbedaan hasil tersebut dapat disebabkan antara lain karena:

1. Perbedaan dalam metode penelitian

Penelitian sebelumnya menggunakan rancangan penelitian yang sama dengan lokasi penelitian yang juga sama yakni di Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret dan RSUD dr. Moewardi Surakarta. Yang berbeda adalah pada analisis data dimana penelitian terdahulu menggunakan uji statistik *Chi Square* dan teknik penetapan sampel pada kelompok ko-asisten. Penelitian terdahulu menetapkan kriteria inklusi yakni ko-asisten yang telah menjalani masa kepaniteraan klinik selama lebih dari satu tahun.

Pengambilan sampel seperti ini dapat menyebabkan terjadinya *bias*, seperti yang dinyatakan oleh Roan (1979) bahwa bila suatu keadaan cemas berjalan terus menerus, kadang dapat timbul pembiasaan sehingga maknanya akan hilang dan tidak menimbulkan ketegangan lagi, terutama bila ada pengharapan bahwa penguasaannya dapat dilaksanakan. Dalam kasus ini, kemungkinan ko-asisten yang telah menjalani masa kepaniteraan klinik lebih lama

(lebih dari satu tahun) sudah lebih terbiasa dan lebih mampu menanggulangi kecemasan dibandingkan ko-asisten baru.

3. Tingkat subjektivitas yang tinggi dari metode kuesioner.

Metode kuesioner memiliki tingkat subjektivitas yang tinggi, dimana kemungkinan terjadinya salah tafsir dalam mengartikan sebuah pertanyaan lebih besar, sehingga dapat menyebabkan kurang cermatnya pengukuran terhadap variabel terikat dalam penelitian.

4. Latar somato-psikososial yang berbeda pada subjek penelitian.

Daya tahan stress pada setiap orang berbeda-beda, hal ini tergantung pada keadaan somato-psikososial orang itu (Maramis, 2005). Latar somato-psikososial subjek penelitian ini dengan penelitian terdahulu mungkin berbeda, sehingga hasil penelitiannya pun berbeda. Dalam penelitian ini belum dapat dipilih subjek penelitian dengan latar somato-psikososial yang sama, karena keterbatasan penelitian.

Penelitian mengenai perbedaan depresi antara mahasiswa preklinik dan ko-asisten belum pernah dilakukan sebelumnya sehingga tidak ada faktor pembanding.

Adapun kelemahan-kelemahan yang terdapat pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Pemberi angket (peneliti) tidak berperan sebagai penguasa (dosen, staf rumah sakit) sehingga mungkin menyebabkan ketidakjujuran

responden dalam menjawab kuesioner. Oleh karena itu untuk meminimalisir hal tersebut, pemberian angket disertai juga dengan kuesioner L-MMPI untuk mendeteksi kebohongan.

2. Jumlah responden perempuan dan laki-laki serta usia tidak disamaratakan karena keterbatasan penelitian. Hal ini sedikit banyak dapat memberi pengaruh pada hasil penelitian, karena pada penelitian-penelitian epidemiologi sebelumnya menyatakan bahwa kecemasan dan depresi lebih banyak dialami oleh wanita. Sedangkan faktor usia memang bukan sesuatu yang bisa dikendalikan karena setiap angkatan pasti berselisih umur paling tidak satu tahun.
3. Pada penelitian ini juga tidak dilakukan pembatasan yang berkenaan dengan latar somato-psikososial responden karena keterbatasan penelitian. Menurut Maramis (2005), daya tahan stress pada setiap orang berbeda-beda, hal ini tergantung pada keadaan somato-psikososial orang itu. Ketidakseragaman aspek somato-psikososial pada sampel sangat mungkin mempengaruhi hasil penelitian.

Berdasar faktor-faktor di atas, dapat dilihat bahwa pada penelitian ini, ko-asisten memiliki kemungkinan mengalami kecemasan dan atau depresi lebih besar dibandingkan mahasiswa preklinik.



## **BAB VI**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. SIMPULAN**

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan derajat kecemasan dan depresi yang bermakna antara mahasiswa preklinik dan ko-asisten. Ko-asisten lebih cemas dan lebih depresif daripada mahasiswa preklinik (TMAS  $t = -3,238$ ,  $p = 0,002$  dan BDI  $t = -2,410$ ,  $p = 0,019$ ).

#### **B. SARAN**

1. Bagi mahasiswa, perlu meningkatkan kemampuannya dengan giat belajar, berpikir positif, menjadikan belajar sebagai suatu kebiasaan yang menyenangkan bukan sebagai tuntutan sehingga diharapkan dapat mengurangi derajat kecemasan dan depresi.
2. Perlu penelitian lebih lanjut, dengan sampel lebih besar dan teknik sampling yang lebih baik untuk mendapatkan hasil yang lebih akurat.

## DAFTAR PUSTAKA

- Atkinson, R.L. 1993. *Pengantar Psikologi*. Jakarta: Airlangga, pp: 43-52.
- Azwar. 2007. *Konsep Pengukuran Validitas*. Jakarta: Gunadharma Press, p:60.
- Butcher, James N. 2005. *A Beginner's Guide To The MMPI-2.2<sup>nd</sup> ed.* Washington D.C: American Psychological Association, pp:3-5.
- Conley, Terry. 2006. Breaking free from the anxiety trap. <http://www.wshg.org.uk>. (4 Oktober 2009).
- Gail, Stuart W. 2002. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC, p:144.
- Graham, John R. 1990. *MMPI-2 Assessing Personality And Psychopatology*. New York: Oxford University Press, pp:23-25.
- Hadi, S. 1995. *Metodologi Research*. Yogyakarta: Andi Offset, p: 115.
- Haryadi, Doddy. 2007. Perilaku bermasalah remaja muncul lebih dini. <http://www.duniaguru.com>. (19 Oktober 2009).
- Kaplan, H.I & Saddock, B.J. 1997. *Synopsis of Psychiatry*. 7<sup>th</sup> ed. Lange Medical Publication Maruzen, Co. Ltd., pp: 777-817.
- Kaplan, H.I & Saddock, B.J. 2005. *Sinopsis Psikiatri*. 8<sup>th</sup> ed. Jakarta: Bina Rupa Aksara, pp:1-8.
- Magister Management-UI. 2007. Proses belajar-mengajar. <http://www.mmui.edu/pcl.html>. (11 Oktober 2009).

- Maramis, W.F. 2004. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya: Airlangga University Press, p: 279.
- Maramis, W.F. 2005. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya: Airlangga University Press, pp:38, 107, 252-254.
- Mudjaddid, E. 2006. *Pemahaman dan Penanganan Psikosomatik Gangguan Ansietas dan Depresi di Bidang Ilmu Penyakit Dalam*. Ed 2. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, p:913.
- Murti, Bhisma. 2006. *Desain dan Ukuran Sampel Untuk Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif di Bidang Kesehatan*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press, p:58.
- Prawirohusodo, S. 1991. *Ansietas, Simposium Gangguan Kecemasan dan Penanggulangannya dalam Praktek Sehari-hari*. Ikatan Dokter Ahli Jiwa Indonesia Cabang Surakarta, Surakarta 31 Agustus 1991.
- Rakel, Conn & Andrianto, P. 1990. *Terapi Mutakhir*. Jakarta: EGC, pp: 1013-1015.
- Riwidikdo, Handoko S.Kp. 2008. *Statistik Kesehatan*. Yogyakarta: Mitra Cendekia Press.
- Setyonegoro, R.K & Iskandar, Y. 1981. *Depresi, Suatu Problema Diagnosa dan Terapi pada Praktek Umum*. Jakarta: Yayasan Darma Graha, p: 9-16.
- Setyonegoro, R.K. 1991. *Anxietas dan Depresi suatu Tinjauan Umum tentang Diagnostik dan Terapi dala, Depresi: Beberapa Pandangan Teori dan Implikasi Praktek di Bidang Kesehatan Jiwa*. Jakarta, pp: 1-16.

Solomon, Philip & Patch, Vernon D.1974. *Handbook of Psychiatry*. 3<sup>rd</sup> ed. Jepang, pp:50-53.

Sugiyono. 2005. *Statistika Untuk Penelitian*. Bandung: CV Alfabeta. pp: 56-69.

Trismiati. 2004. Perbedaan tingkat kecemasan antara pria dan wanita akseptor kontrasepsi mantap di RSUP Dr.Sardjito Yogyakarta.  
[http://www.psikologi.binadarma.ac.id/jurnal/jurnal\\_trismiati.pdf](http://www.psikologi.binadarma.ac.id/jurnal/jurnal_trismiati.pdf).(10 Oktober 2009)

Z, Daradjat.1988. *Kesehatan Mental*. Jakarta: CV Aji Masagung, p:106.